DE

L'HÉMATOCÈLE UTÉRINE

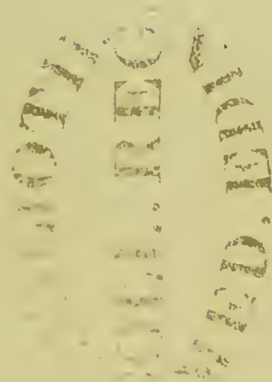
Par le docteur MATEWS DUNCAN,
Médecin à l'infirmerie royale d'Edimbourg.

TRADUIT DE L'ANGLAIS ET ANNOTÉ

PAR

LE DOCTEUR E. VERRIER
Membre titulaire de la Société de Médecine pratique de Paris.
Professeur particulier d'accouchements.

Extrait de L'ABEILLE MÉDICALE



PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
Place de l'École-de-Médecine, 23.

1864

Paris Imprimerie Moquet, rue des Fossés Saint-Jacques, 11.

DE

L'HÉMATOCÈLE UTÉRINE.

De l'aveu même de M. Nonat, l'histoire clinique de l'hématocèle n'est pas constituée d'une manière définitive ; et malgré les travaux importants publiés sur cette maladie par MM. A. Voisin, Fenerly, Bernutz, M. Nonat lui-même et plusieurs de ses élèves, il faut convenir qu'il reste quelque chose à faire, pour dissiper certaines incertitudes toujours inséparables d'un sujet nouveau.

Le siége de l'épanchement sanguin, le tissu dans lequel il se fait, sont l'objet de discussions interminables ; il n'est pas jusqu'au nom de la maladie elle-même qui ne divise les observateurs les plus consciencieux. L'appellerons-nous péri-utérine avec M. Nonat, ou bien rétro-utérine avec M. Nélaton ? Pourquoi ne pas lui donner le nom général *d'hématocèle-utérine*, en réservant les noms de *péri* ou de *rétro*-utérine, pour désigner la place qu'occupe la tumeur par rapport à l'utérus? Les observations ne démontrent-elles pas que les épanchements peuvent siéger autour ou en arrière de la matrice, et qu'ils constituent ainsi des

variétés distinctes de la même entité morbide, bien qu'ils paraissent être plus fréquents dans cette dernière position?

M. le docteur P. Picard a fait connaître certaines publications allemandes sur ce sujet, que l'on trouve dans la thèse de M. A. Voisin. Nous pensons être agréable au public médical, en portant aussi à sa connaissance les idées des Anglais sur cette matière, au moins celles professées par le docteur Mathieu Duncan, et telles que j'ai pu les recueillir dans le journal d'Édimbourg (n° de novembre 1862); elles s'y trouvent consignées avec six observations détaillées qui ont trait à chaque espèce d'hématocèle utérine.

On verra de plus dans ce travail que, d'accord avec la majorité de nos pathologistes, l'auteur de l'article reconnaît que le sang a bien plus de tendance à s'épancher dans la cavité péritonéale que sous cette séreuse, comme du reste le confirme l'anatomie pathologique; mais il fait ses réserves pour les cas extra-péritonéaux, qui, étant moins graves que les premiers, n'entraînent pas la mort et ne peuvent donner lieu à des autopsies; et l'on ne saurait en inférer qu'ils n'aient encore une certaine fréquence.

Docteur E. Verrier.

DE L'HÉMATOCÈLE UTÉRINE.

PAR LE D[r] MATEWS DUNCAN,

Médecin à l'Infirmerie Royale d'Édimbourg.

Traduit de l'anglais par le D[r] VERRIER.

L'hématocèle utérine n'est pas une maladie extrêmement rare, et souvent elle forme des tumeurs d'une grosseur énorme; comment donc se fait-il qu'elle ait échappé presqu'entièrement à l'attention des praticiens eux-mêmes, qui traitent spécialement les maladies des femmes? N'est-ce pas inexplicable? Ce n'est à vrai dire que des douze dernières années que datent les premières observations concernant l'hématocèle utérine. Les livres et les professeurs gardaient le silence sur cette maladie si importante jusqu'au jour où furent publiées les leçons de clinique de M. Nélaton sur ce sujet : le mal désormais ne passera jamais inaperçu. Son identité du reste se constate aisément parmi les nombreux exemples que j'ai pu observer; je me propose d'en rapporter six que j'ai soignés moi-même à l'Infirmerie Royale, pendant le cours des derniers 18 mois. Il sera démontré au lecteur que ces cas présentent tous les mêmes symptômes, mais que les caractères physiques varient beaucoup selon les différentes espèces de ce genre de tumeurs, et diffèrent tellement, qu'il est impossible d'admettre que l'épanchement sanguin se soit toujours produit dans les mêmes situations et conditions anatomiques. Quoique l'identité de la maladie soit facile à constater, et que les caractères généraux en soient bien connus, il reste des points pathologiques nombreux et importants à établir. La question difficile pour moi serait d'en reconnaître les origines variées et les diverses situations; car elles n'obéissent, j'en ai la conviction, à aucun principe d'uniformité, à aucune loi fixe. Pour expliquer l'ori-

gine de cette maladie, on a invoqué toutes les sources possibles d'hémorrhagie dans le voisinage des parties affectées, et, plusieurs fois, l'autopsie est venue confirmer ces observations.

En ce qui concerne la position anatomique, deux théories principales sont énoncées :

Dans la première, la plupart des pathologistes du continent soutiennent que le sang s'épanche forcément dans la cavité péritonéale, et M. Bernutz a longuement défendu cette théorie dans son travail sur les maladies des femmes : elle a aussi en sa faveur l'imposante autorité d'un grand nombre d'autopsies.

La deuxième théorie, démontrant que le sang s'épanche dans le tissu cellulaire des parties supérieures du bassin, est soutenue par plusieurs médecins de ce pays ; mais elle s'appuie principalement sur des données théoriques, car les autopsies qui pourraient la confirmer sont malheureusement fort peu nombreuses. On a essayé de relier quelques points du progrès de cette maladie et de son histoire avec les rapports anatomiques des différentes portions du bassin ; mais jusqu'ici cet essai n'a été tenté qu'en paroles ou en descriptions ayant pour base des hypothèses confuses ; la question ne peut être résolue que par l'examen après la mort, et il est très-désirable que des autopsies sur ce sujet soient rapportées. Je ne parle pas seulement des autopsies de femmes mortes de cette maladie, car il peut fort bien se faire que la mortalité, plus grande dans la forme intra-péritonéale, puisse conduire à une opinion erronée de sa fréquence et de son importance. Il est naturel de supposer que la forme extra-péritonéale de la maladie doit rarement entraîner la mort, et que, par conséquent, l'occasion d'examen après la mort est peu fréquente ; mais ceci ne prouve pas que la maladie de la forme extra-péritonéale soit plus rare que celle de la forme intra-péritonéale : il est seulement probable que la seconde de ces maladies est plus mortelle. Les pathologistes devront donc saisir toutes les occasions de faire l'autopsie des femmes mortes d'une maladie quelconque, chez lesquelles l'hématocèle utérine est venue compliquer la situation.

De nombreuses autopsies prouvent que l'hématocèle est une maladie commune, et il est aussi simple de s'attendre à son apparition, qu'il est aisé d'en trouver l'explication dans les diverses sources d'hémorrhagie. L'autopsie a rarement signalé l'hématocèle dans la forme péritonéale, qui néanmoins m'a toujours paru être le caractère ordinaire de cette maladie.

L'analogie des apoplexies placentaires, spléniques, pulmonaires et cérébrales se suggère d'elle-même. Il est plus à propos de rappeler le trombus de la vulve, si bien connu, et le fait de semblables épanchements sous les parois du vagin ; épanchements que j'ai vus plusieurs fois lors de l'autopsie de femmes en couches.

Il est d'ailleurs reconnu que des épanchements sanguins se produisent quelquefois entre les deux couches du péritoine, formant les ligaments larges, et j'ai moi-même, en disséquant des truites pleines, reconnu des épanchements très-étendus de la même nature, et dans une situation identique. De plus, il m'a paru difficile, sinon impossible, d'espérer le retour complet, ou même presque complet, de la mobilité de l'utérus et de la souplesse des parois du vagin, lorsque l'épanchement est intra-péritonéal, le sang enfermé par l'adhérence des viscères, et la maladie guérie par l'évacuation du sac, sa suppuration et son affaissement graduel. La grossesse même s'est effectuée heureusement chez des femmes antérieurement affectées d'hématocèle utérine. J'ai pu constater le retour de la mobilité et le raffermissement de la santé générale dans un cas d'hématocèle utérine très-étendue, que je me propose de rapporter. Dans ce que j'appelle l'hématocèle rétro-utérine caractéristique, on remarque que l'épanchement de sang pèse fortement en avant, et forme une masse inclinée vers le bas. Il y a dans ce cas une si grande distension du cul de sac recto-vaginal, un si intime rapprochement entre la tumeur et le périnée, et une si grande élévation de l'utérus, qu'il paraît difficile de supposer que la masse qui avance, pousse devant elle le péritoine. De plus dans les grandes hématocèles, la sensibilité parfois est très affaiblie ; et, ce qui est plus important, c'est que l'on peut reconnaître au toucher la tumeur remontant dans l'abdomen, par un mouvement contraire à celui que décrit le foie dans les cas de grosseur hépatique, quoiqu'avec un rebord plus arrondi (comme dans le cas IV). On trouve encore au toucher dans l'hématocèle, aussi peu d'adhésion des intestins dans le premier cas, que du foie dans le second, où souvent nous reconnaissons qu'il n'en existe aucune.

Pour être fixés définitivement sur ce sujet si intéressant, il faut nous résigner à attendre que de soigneuses observations s'accumulent avant et après la mort, et viennent nous éclairer. La pathologie rencontre la même difficulté dans l'abcès pelvien ou péritonite pelvienne : une série d'observateurs, parmi les-

quels se trouve M. Nonat, prétend que ces abcès et indurations occupent la position extra-péritonéale. Une autre série d'observateurs avec M. Bernutz soutient, au contraire, que leur situation est intra-péritonéale. De même relativement à ce qui regarde l'hématocèle, il est probable que la vérité n'est exclusive d'aucun côté, et il est à désirer qu'on puisse, pendant la vie, diagnostiquer non seulement l'inflammation ou l'épanchement sanguin, mais aussi leurs rapports anatomiques.

Dans les cas suivants, les causes productrices de la maladie, autant que nous avons pu le constater, furent le coït pendant les règles, les règles supprimées par le froid, et l'irrégularité dans les époques. Dans deux cas où la suppression des règles a été reconnue comme cause productrice, les femmes s'étaient crues grosses, et l'auteur était assez disposé à cette croyance pour soupçonner la coexistence d'une grossesse extra-utérine et en rechercher l'évidence dans la nature des écoulements; mais rien ne vint corroborer cette supposition.

L'état du sang épanché varie en différents cas.

Dans le quatrième, par exemple, en introduisant le doigt par une ouverture artificielle, on le trouvait à l'état de caillot modérément ferme; mais à la partie inférieure de la même tumeur il s'était amassé une petite quantité de sang liquide, épais comme du sirop et exhalant une odeur de feuilles fanées. Dans le troisème cas, l'état du sang était certainement le même sous tous les rapports. Dans beaucoup d'exemples, la tumeur est si petite qu'on ne peut décider si elle est ou non mobile; mais dans les deux derniers cas, la tumeur abdominale était grosse et maniable; on n'y reconnaisait aucune mobilité, et la même observation fut faite dans le deuxième cas, comme on le verra ci-après. L'immobilité est expliquée par l'état solide du sang. Dans les troisième et quatrième cas, on trouvait un peu de liquide dans les parties inférieures de la tumeur, qui se projetait profondément dans le vagin.

Dans le cas premier, la tumeur, d'une grosseur énorme, ne présenta, à un premier examen, qu'une mobilité douteuse; mais ce doute par la suite s'étant éclairci, on put reconnaître l'existence de la tumeur, et, l'expliquer, dans ce cas, en partie par la grande tension du kyste. Elle était due probablement aussi à l'état imparfaitement liquide du sang renfermé. Avant que le sang fût entièrement évacué, la mobilité était devenue distincte, et pour expliquer ce changement, on reconnut que le sang retiré était de l'épaisseur d'un sirop et répandait une

odeur de fleurs flétries et légèrement décomposées. Dans tous ces cas, le sang devenait d'une couleur brune foncée et présentait un aspect granuleux comme du marc de café, peu de temps après l'ouverture du kyste, et l'odeur en devenait fétide Dans aucun des cas enregistrés ici, excepté dans celui de madame H., on n'a pu, à l'œil nu, découvrir de pus. Dans ce cas exceptionnel, la surface du liquide brillait comme des écailles de cholestérine et était nuancée d'un brun verdâtre; au microscope on découvrit, dans le sang évacué et dans tous les cas, de nombreux corpuscules, à chaque degré de la décomposition ; plus nombreuses encore étaient les cellules du pus parsemées de cristaux de cholestérine et de tyrosine.

On doit naturellement s'attendre à ce qu'à mesure que les caillots de sang s'effondrent lentement et se changent en un fluide ayant la consistance du sirop, des cellules de pus des parois du kyste viennent librement s'y mêler. Dans tous ces cas, à mesure que le sang s'évacuait complètement, et tandis que le kyste qui le contenait se contractait, le mélange du pus et de la matière grumeleuse devenait de plus en plus visible, jusqu'à ce qu'il finît par remplacer entièrement le sang. L'écoulement purulent dans lequel n'entrait plus ce sang décomposé n'avait pas une odeur fétide. Dans le cas 3, quoique l'hématocèle fût volumineuse, cette émission purulente était peu considérable, le kyste se contractant évidemment étroitement à mesure que le sang s'écoulait.

Je puis ici observer que j'ai opéré dans des cas de grande hématocèle péri-utérine où le sang et le pus étaient évidemment mélangés.

Mais dans ces cas, la maladie était ancienne. Je signalerai un exemple, approprié et très intéressant, d'une dame qui s'est confiée à mes soins, il y a quelques années, et dont la maladie avait été diagnostiquée à Londres comme étant une tumeur fibreuse, et avait été l'objet de la même erreur à Edimbourg ; je lui ai retiré, avec le trocart Pouteau, à plusieurs reprises, près de 2 pintes de pus fétide, mêlé de vieux sang brun ; j'en fis évacuer la moitié, en ponctionnant, par le vagin, une tumeur au bord du pelvis et sur le côté droit du col utérin ; je répétai l'opération du côté gauche pour l'autre moitié. La pauvre malade ne se voyait délivrée que des grosseurs trompeuses des régions hypogastriques, les symptômes douloureux du kyste chronique étant peu amendés. Je mentionne ce cas pour démontrer la transformation graduelle d'une vieille hématocèle en

abcès, et pour faire comprendre comment une hématocèle peut suppurer et se terminer comme une sorte d'abcès pelvien. Un changement analogue survient souvent dans les ecchymoses de la vulve et du vagin.

Je me propose maintenant de décrire six cas de cette intéressante maladie en entrant dans leurs particularités, et je diviserai ces cas en trois classes : 1° Utérine ; 2° — Rétro-utérine ; — 3° Péri-utérine. — Cette division, à laquelle je n'attache pas beaucoup d'importance, se fonde néanmoins sur des différences bien marquées dans les caractères physiques qui m'ont servi à l'établir.

I. *Hématocèle-utérine.*

L'exemple suivant nous offre une hématocèle d'une grosseur énorme ; constatée par la quantité de sang qu'on en a retirée, ainsi que par l'examen physique. C'est le seul entre les six cas rapportés ici dont l'examen physique ne m'ait rien révélé qui m'autorise à nier positivement sa position intra-péritonéale. Je pense même que tel était probablement son caractère. A une époque sa grosseur m'avait fortement disposé à croire qu'elle occupait une portion de la cavité péritonéale, mais cette idée fut repoussée par suite de l'observation d'un cas de très gros et faux anévrisme au bord du pelvis et dans la région iliaque avoisinante ; ce cas fut traité avec succès par M. Syme, et je fus témoin de l'évacuation des caillots contenus dans le sac, pendant le cours de l'opération dans laquelle le péritoine fut laissé intact.

1re *Observation.* — Madame, M., etc., 28 ans, stérile, avait, jusqu'en ces derniers temps, joui d'une bonne santé ; vers le mois de juin 1861, elle eut une époque menstruelle fort douloureuse. Au commencement d'octobre, elle était encore au moment de ses règles, lorsque, le second jour de l'écoulement sanguin, elle éprouva une douloureuse sensation de froid, tandis qu'elle était assise au grand air. Le jour suivant, elle fut subitement prise d'une douleur violente et indescriptible dans l'abdomen, et s'évanouit. Elle resta faible et insensible pendant deux jours, et on la crut mourante. Lorsqu'elle eut repris connaissance, elle éprouva une vive douleur dans l'abdomen et ressentit dans le côté gauche du ventre une enflure qui augmenta graduellement. Elle était très constipée. A cela se joignirent des nausées, des vomissements, mais point de dysurie.

Lors de son admission, le 9 novembre, à l'Infirmerie Royale, elle était fort pâle et anémique. Peau brûlante, langue chargée; 130 pulsations. L'abdomen très tendu par des gaz, de sorte que la grosse tumeur qu'il contenait ne pouvait être distinctement appréciée ; cette tumeur occupait le côté gauche du ventre, et s'étendait aussi vers le côté droit. La ligne de *matité absolue* s'étendait *au-dessus* du niveau du nombril, sur la gauche, de haut en bas et vers la région iliaque droite. La tumeur, modérément molle et élastique, était le siége d'une grande douleur et d'une sensation de tension si forte que la malade put croire que cette tumeur allait se rompre. L'exploration du vagin ne fournit d'autre indice qu'une certaine fixité de l'utérus qui était quelque peu élevé et entouré de tissus plus solides que dans l'état ordinaire. La grosseur de la tumeur l'avait fait diagnostiquer comme kyste de l'ovaire, dans lequel s'était produite une hémorrhagie. Mais la marche de la maladie leva bientôt tout doute sur la nature du cas.

Au bout de quelques jours on put reconnaître dans la tumeur une mobilité qui devint de plus en plus perceptible, et elle parut plus grosse par suite de la disparition des gaz qui avaient distendu l'abdomen. Les souffrances de la femme ne diminuaient pas. Le 15 novembre je ponctionnai l'abdomen à environ un pouce et demi au dessous du nombril et lui soutirai 115 onces de sang sirupeux dans lequel l'on reconnut au microscope des globules de pus en abondance. Ceci fut suivi d'un soulagement presque complet des souffrances de la malade et d'une grande amélioration dans l'état général de sa santé. Elle continua d'aller assez bien, sans autre malaise que la constipation, la présence de gaz et des vomissements qui se reproduisirent de temps en temps jusqu'aux premiers jours de décembre. A cette époque, les premiers symptômes reparurent faiblement, mais le 10 du même mois la ponction se rouvrit spontanément, de grandes quantités de liquide sanguin en découlèrent, et la dame, d'après son propre récit, acheva de se rétablir entièrement ; de fréquentes évacuations de plusieurs onces de fluide continuèrent. Le kyste, diminuant rapidement et d'une façon régulière, n'égalait pas même, en volume, au dernier examen, la tête d'un petit fœtus.

La nature de l'écoulement aboutit par degrés à la purulence.

La pauvre femme se sentait si bien qu'on ne put la décider à rester à l'hospice, et elle s'en alla à la fin de décembre.

Le cas suivant ressemble extrêmement au précédent par ses caractères physiques et anatomiques ; ce qui fait que nous les classons ensemble.

L'hématocèle n'était pas, à beaucoup près, aussi volumineuse que dans le cas 1er ; et lorsque le ventre devint mou et put être manié, la facilité avec laquelle on pouvait déprimer les parois au-dessus de la tumeur éloignait naturellement la supposition que la voûte supérieure pût être formée par l'adhérence des intestins. Cette facilité de dépression de la voûte abdominale. entourant le bord supérieur de la tumeur, ne s'était pas présenté, dans le cas 1er.

2e *Observation*, — Madame T., etc., vingt-un ans, non mariée, mais ayant cohabité avec un jeune homme pendant une année avant le commencement de sa maladie. En juillet et en août, ses règles avaient avancé d'une semaine, et depuis quelques mois l'écoulement avait été fort peu abondant. Le 1er septembre, un rapport sexuel pendant les règles lui avait occasionné une vive douleur, mais qui ne fut suivie d'aucune autre souffrance. Le 11 septembre elle eut de nouveaux rapports douloureux. Le jour suivant, elle éprouva de vives douleurs abdominales et consulta son médecin. Elle put encore se mouvoir pendant deux jours, mais ensuite elle s'alita, tant la douleur s'était aggravée. Huit jours après le dernier coït douloureux, se manifesta une douleur intense et nouvelle au-dessus du pubis et dans la région iliaque ; et dans cette même region, un gouflement que cette femme ressentit pour la première fois. C'est alors qu'elle se rendit à Edimbourg et qu'elle fut admise le 21 septembre à l'Infirmerie Royale. Elle se plaignait d'une forte douleur et de sensibilité dans l'abdomen, avec de fréquents vomissements de bile et de diarrhée; pouls rapide, langue feutrée, peau brûlante.

Le principal siége de souffrance et de sensibilité était une tumeur solide et dure occupant en entier la région iliaque gauche, où elle s'élevait ainsi que sur la ligne médiane à environ un pouce au-dessous de l'ombilic, son bord supérieur incliné vers le bas à partir de la droite du nombril, et se drigeant vers l'épine antérieure inférieure de l'iliaque droite. L'utérus était fixe. Il avait sa cavité longue de trois pouces et demi, le col petit et dur, et présentait, dans sa position élevée, un déplacement qui allait jusqu'à la gauche de la ligne médiane ; et quoique la masse de la tumeur fût du côté gauche du ventre, la dureté qui occupait les trois quarts postérieurs du bord, du

pelvis était plus distincte, et le doigt pouvait plus facilement l'atteindre du côté droit. Comme dans le premier cas, il n'y avait pas de bombement recto-vaginal. Aucune induration dans les parties antérieures du bord du pelvis ; le toucher, à la fois externe et interne de cette région démontra que les tissus étaient mous et compressibles ; les menstrues commencèrent le jour de l'admission de la femme à l'hôpital, et cessèrent le 25 septembre. L'écoulement était rouge et sans fétidité. Le 28 du même mois, un écoulement qui ressemblait aux règles reparut et dura quatre jours; cet écoulement était brillant, nullement fétide et en quantité modérée; le même jour la malade commença à éprouver un mieux sensible, et la tumeur commença aussi à décroître rapidement. Le 2 octobre, le bord supérieur de la tumeur se trouvait un pouce au-dessous du nombril, et, si ce n'est quelque sensibilité de l'hypogastre. tous symptômes douloureux avaient disparu chez la personne, qui désira même quitter son lit. La tumeur ne rendit plus de sang et continua de décroître La santé générale se rétablit complètement. Il y avait, le 17 octobre, une résonnance sur tout l'hypogastre, mais la dureté se reconnaissait facilement en pressant la région du bord du pelvis. Au toucher par le vagin, l'utérus fut trouvé dans sa situation naturelle, diminué de volume et légèrement mobile, tout ce qui restait de la tumeur se mouvant simultanément avec l'utérus.

II. *Hématocéle rétro-utérine*.

Les deux cas rapportés sous ce titre se ressemblent tellement en tous points, qu'il est nécessaire de les classer ensemble. Le terme rétro-utérin se trouve justifié par la position que la tumeur occupait derrière et dessous l'utérus, par le déplacement de cet organe qui se projetetait en avant et en remontant. Ce titre a été improprement appliqué par beaucoup d'auteurs aux hématocèles utérines en général; car elles ne sont pas toutes rétro-utérines. Les deux premiers cas rapportés dans ce journal ne sont pas proprement dits rétro-utérins, dans ce sens que la tumeur n'a pas les mêmes rapports avec la matrice que dans les cas trois et quatre. J'étais, à une époque, porté à attribuer la position caractéristique rétro-urine à la grosseur de la tumeur; mais l'étude du premier cas ici rapporté a dissipé cette opinion insoutenable. Si la grosseur ou l'étendue de l'épanchement de-

vait produire une distension du cul-de-sac recto-vaginal, cette distension eût certainement dû se produire ici, car l'hémato-cèle était énorme et le ventre douloureusement distendu.

L'hématocèle rétro-utérine est une des formes les mieux caractérisées de cette maladie, et dans les archives de l'art des accouchements, on retrouve beaucoup de cas presque identiques à ceux que nous allons rapporter. En dépit de l'évidence avec laquelle les autopsies prouvent la situation intra-péritonéale dans quelques cas rétro-utérins, il m'a paru, au lit du malade, difficile d'interpréter dans le sens de cette situation l'hémorrhagie des cas 3 et 4.

Observation 3e — Madame S., 31 ans, mariée depuis 7 ans, ayant eu 3 enfants à la suite de grossesses normales. Son dernier enfant naquit le 27 novembre 1860, et fut sevré au bout de 14 mois, Ses époques avaient toujours été régulières, et en janvier 1862, pendant qu'elle sevrait son enfant, les règles reparurent. Le mois de février s'étant passé sans écoulement menstruel, elle se crut enceinte, et cette suppression se renouvela le mois suivant. Au commencement d'avril, elle fut prise d'une violente douleur et pesanteur ressemblant au mal d'enfant; cette douleur cessa bientôt, mais revint après quelques heures, et un écoulement sanguin commença. Les douleurs et l'écoulement, à des époques différentes, durèrent pendant 3 semaines. Elle était très-affaiblie. Aux premiers jours de mai, son médecin découvrit une tumeur dans la région inguinale droite où la douleur avait été très-vive. Cette douleur s'était fortement aggravée pendant l'action d'une médecine laxative; mais l'évacuation alvine ne tarda pas à délivrer la malade de ce surcroît momentané de souffrance; celle de la maladie fut soulagée, dans la 2e semaine de juin, par un écoulement visqueux et brunâtre qui se produisit, et qui, à la fin de juin, fit place à une leucorrhée purulente. Au début du mal, cette dame avait éprouvé d'incessants besoins d'uriner; quoique devenus moins impérieux, ils ne lui permettaient pas de se retenir plus de 2 heures.

C'est à ce moment (1er juillet) qu'elle fut confiée à mes soins, dans l'infirmerie Royale. Anémique, faible, pouls accéléré, rien de remarquable dans la situation générale.

Les régions hypogastriques de la droite et du centre étaient envahies par une grosse tumeur solide, immobile et d'une consistance modérée, ressemblant assez à du foie, bilobée dans son contour supérieur. Le lobe droit s'étendait un peu au-des-

sus du niveau de l'ombilic et occupait la droite du ventre; l'autre lobe était continu avec le premier, mais plus dur au toucher, sa surface antérieure se trouvant formée par le corps de l'utérus; ce second lobe occupait la région hypogastrique du milieu et s'élevait presque au niveau de l'ombilic.

Le pelvis lui-même était entièrement rempli par une tumeur recto-vaginale contenant évidemment du liquide. Au moyen de la pression, le doigt put s'introduire entre cette tumeur et la symphise pubienne, et lorsque le bout du doigt fut parvenu au-dessus de la symphise, il se trouva en contact avec le col utérin, lequel ne présenta aucune autre particularité. Une sonde introduite dans l'utérus démontra que cet organe siégeait en avant de la tumeur, et inclinait vers la droite de la ligne médiane; sa cavité était allongée de près de quatre pouces

Le 14 juillet, je ponctionnai la tumeur par le vagin avec le trocart de Pouteau, et en retirai six onces d'un sang visqueux. L'opération fut suivie d'un écoulement de sang grumeleux, et la tumeur commençant immédiatement à s'affaisser, la malade éprouva de suite un grand soulagement; l'écoulement se produisait avec abondance au moment des garde-robes. Douze heures après l opération l'écoulement devenant fétide sembla causer une excitation fébrile extrême. Le 11 juillet, l'utérus reprit sa position normale, et la longueur de sa cavité dépassait à peine trois pouces. La tumeur hypogastrique avait disparu, ne laissant d'autre trace au toucher qu'une dureté sur le bord du pelvis. Le 15 juillet, le toucher externe ne put rien découvrir; l'utérus, examiné par le vagin, avait à peu près repris ses proportions naturelles; mais il restait fixe au milieu d'une masse durcie occupant le bord du pelvis et plus épaisse du côté droit. A cette époque l'écoulement diminua graduellement et cessa bientôt; à mesure qu'il disparaissait; il était remplacé, par une légère leucorrhée. Les règles reparurent bientôt et naturellement; mais ce ne fut qu'après six mois que l'utérus reprit sa mobilité, et que les parties attenantes aux parois du vagin redevinrent molles et purent être aisément déplacées par le doigt examinateur.

Observation 4. — Madame R., âgée de 25 ans, mariée depuis 7 ans et demi, ayant joui d'une bonne santé, pertes menstruelles régulières; 6 mois après son mariage elle fit une fausse couche; mais depuis elle n'avait pas eu de nouvelle grossesses; cependant, au début de cette maladie, elle se crut enceinte et

s'imagina même avoir avorté le 30 décembre 1861; mais rien ne vint démontrer la vérité de cette supposition.

Ses règles avaient paru pour la dernière fois. au commencement d'octobre 1861, et avaient été suivies de tous les symptômes de la grossesse. En novembre, elle avait éprouvé des douleurs dans le ventre, de la constipation, de la souffrance et de la difficulté à uriner. En décembre, elle avait ressenti à l'estomac une douleur ayant les caractères de la crampe; elle avait eu aussi de fréquents vomissements, un écoulement blanc, très-abondant s'était montré durant plusieurs jours de la fin d'octobre. C'est le 30 du même mois qu'elle crut à une fausse couche, qui fut suivie d'un écoulement sanguin que l'on prit pour les lochies et qui dura trois semaines. Six jours après l'avortement supposé, elle se leva et sentit, dès le même soir, s'aggraver considérablement une douleur qu'elle éprouvait depuis la prétendue fausse couche, douleur sourde située dans la région inguinale; une tumeur, qui se déclara dans cette même région avait pris, vers le milieu de janvier 1862, de grandes proportions;mais l'on ne put en déterminer l'étendue à cause d'une forte distension du ventre survenue par l'effet des gaz, et qui empêcha que l'on pût en reconnaître les limites. La douleur et la difficulté d'uriner avaient graduellement disparu; c'est alors que cette femme fut admise à l'infirmerie Royale et confiée aux soins du Dr. Warburton Begbie. On réussit à faire évacuer les gaz, et par ce moyen le cas étant reconnu, le Dr. Begbie fit transférer la malade dans ma salle.

L'examen du 30 janvier 1862 révéla les faits suivants : le bas-ventre était entièrement rempli par une tumeur fixe et compacte, plus grosse et plus proéminente sur la gauche que sur la droite, s'élevant, des deux côtés, d'un pouce au dessus de l'épine antérieure et supérieure de l'os iliaque, et, au milieu, presqu'au niveau de l'ombilic. Au toucher la tumeur ressemblait au foie : le bord supérieur en était arrondi et se reconnaissait parfaitement au toucher, les parois du ventre étant aisément déprimées. L'examinateur fut amené par l'impression de ces faits à repousser toute idée que les intestins fussent adhérents et formassent les parois de la tumeur. La sensibilité n'était pas très grande. A l'examen par le vagin, le doigt découvrit des conditions identiques à celles du cas précédent; seulement la projection de la tumeur était moins sphérique et plus étendue. La cavité utérine était longue de trois

pouces 1/4, et cet organe reposait en avant de la tumeur et sur la droite de la ligne médiane.

Pâle, inanimée, la dame éprouvait des souffrances indéfinissables dans le ventre, et était extrêmement faible; mais aucun symptôme constitutionnel remarquable ne s'était présenté.

Le 31 janvier, je fis, avec un bistouri gardé, dans la tumeur vaginale, une incision de près d'un pouce de long. de laquelle s'échappèrent quelques onces d'un sang visqueux et liquide. En introduisant le doigt dans l'ouverture artificielle, je trouvai la tumeur remplie de caillots de sang. Une sonde, introduite dans la même ouverture, atteignit facilement toutes les parties de la tumeur, et la pointe de cette sonde se reconnaissait facilement au toucher à travers les parois abdominales.

L'écoulement devint bientôt extrêmement fétide, et à mesure que s'opérait la sortie abondante du liquide, la femme en éprouvait un soulagement local très prononcé.

Une fièvre très forte survint, accompagnée de délire nocturne, qui fut attribué à l'infection putride. La plus grande propreté fut entretenue, et des lotions chaudes de chlore furent employées en quantité. Le vagin devint très-chaud et très-sensible, et cette même susceptibilité douloureuse affectait le ventre au toucher; mais le 6 février, les symptômes alarmants commencèrent rapidement à disparaître; l'écoulement avait considérablement diminué, et la tumeur abdominale se distinguait à peine, au toucher, au dessus du pubis Avant le 15 février, le sang et l'infection avaient disparu complétement de l'écoulement et avaient fait place à un pus sain et de bonne nature. Le 20 février la tumeur s'était effacée, seulement l'utérus était fixe et les tissus environnants s'étaient indurés. Une irritation de la vessie survint, qui céda à son tour à l'usage de remèdes appropriés. Quant à l'écoulement purulent, ce ne fut que dans le commencement d'avril qu'il cessa : c'est alors qu'on renvoya la femme complétement guérie; seulement, l'examen par le vagin démontra que l'induration des tissus persistait autour de l'utérus, qui avait repris ses dimensions naturelles.

III. *Hématocèle péri-utérine.*

Dans les deux cas suivants, la tumeur était comparativement petite et différait anatomiquement de celle des deux catégories

de cas qui précèdent. Je dois avouer pourtant que je ne suis nullement convaincu que les caractères physiques de ces deux cas doivent être séparés des espèces utérine et rétro-utérine. Il est très-possible que si la grosseur de la tumeur eût augmenté, elle eût revêtu le caractère d'une hématocèle utérine ou rétro-utérine.

Mais comme je n'ose deviner ce qui aurait pu être, ni déterminer conjecturalement l'histoire de ces derniers cas, je les réserve dans une classe à part.

Le nom péri-utérin est approprié à ces cas à cause de leur ressemblance de position et de leurs rapports avec les indurations péri-utérines inflammatoires ordinaires ou indurations produites par la péritonite pelvienne.

Il est important de faire remarquer, au sujet du 5ᵉ cas, la preuve qui en résulte pour ce fait clinique intéressant, savoir : que la gravité des symptômes ne se rapporte pas toujours à l'étendue de l'épanchement.

Ainsi, les symptômes chez madame H. semblaient annoncer plus de gravité que ne comportait l'hématocèle, qui était fort petite ; la gravité de ces symptômes était due aux gaz fétides que contenait le sac : ceci est une observation assez curieuse.

Observation 5ᵉ — Madame H. 35 ans, avait eu plusieurs enfants ; sa dernière grossesse se termina par un avortement au 3ᵉ mois, il y a environ 2 ans. Confiée d'abord aux soins du docteur Gairdneur, elle fut ensuite transférée dans ma salle.

Sa santé était mauvaise depuis plusieurs mois, les règles venant trop fréquemment; elle éprouvait de la faiblesse et, de temps en temps, souffrait de douleurs à l'hypogastre. Pendant les 3 mois qui précédèrent son admission à l'infirmerie Royale, ses menstrues n'avaient pas paru et, avant cette époque, elle n'avait éprouvé aucune irrégularité; depuis que les menstrues avaient cessé, elle avait remarqué une légère leucorrhée, parfois teintée de sang, mais jamais fétide. Vers le milieu d'avril 1862, elle fut subitement prise de fortes douleurs dans la région hypogastrique gauche, suivies de gonflement et de dureté du bas-ventre; à ces douleurs s'en joignaient d'autres également intenses et accompagnées de pesanteur dans le sacrum, qui continuèrent, à un degré modéré, jusqu'au 29 avril, jour de son admission à l'infirmerie Royale. Depuis le milieu du mois d'avril, il a fallu plusieurs fois lui tirer l'urine avec la sonde.

Elle était épuisée, pâle et anémique lors de son arrivée, et se

plaignait de douleurs au moment de la défécation, les intestins étant très resserrés. Elle souffrait de la moindre pression dans la région hypogastrique gauche, mais on ne sentait rien au toucher externe. Elle éprouvait, de temps à autre, des frissons, avait de fortes et fréquentes transpirations, et vomissait parfois. Le 3 mai, elle eut de violentes douleurs au sacrum, et la région hypogastrique gauche devint très-sensible; on me pria de la visiter, et je découvris sur le côté gauche postérieur du bord du pelvis une grosseur dure et considérable. Cette grosseur avait peu d épaisseur, en la mesurant de haut en bas ; elle fut diagnostiquée comme étant une péritonite pelvienne dans laquelle il était probable que se formerait bientôt un épanchement de pus. La malade eut ses règles vers le milieu du mois de mai et le flux dura 3 jours ; il fut suivi d'un écoulement purulent, qui dura environ 14 jours.

Le 24 mai, on remarqua que la tumeur avait considérablement épaissi, et il était facile de la reconnaître au toucher externe ; on opéra la ponction avec un trocart et une canule ; tant que la canule resta dans la plaie, il n'en sortit que très-peu de liquide ; mais dès qu'elle fut retirée, un sang brunâtre jaillit avec abondance. Le jour suivant, la tumeur ne se sentait plus extérieurement, et la malade éprouvait un très-grand soulagement. L'écoulement sanguin cessa au bout de deux jours ; le quatrième jour, il reparut de nouveau ; mais quoique ce sang fétide s'échappât de la plaie en assez grande abondance, les symptômes s'aggravèrent de nouveau graduellement, et la tumeur grossit de nouveau. Le 14 juin, j'introduisis le trocart Pouteau et la canule dans la tumeur. et en retirai huit onces de fluide fétide sanguinolent, ressemblant à du pus ; des gaz fétides s'échappèrent aussi par la canule. Après cette opération, l'écoulement de sang grumeleux ne dura que quatre jours. La femme se disait maintenant tout à fait rétablie, allait et venait dans la salle, et fut renvoyée guérie à la mi-juillet. En examinant le vagin avant son départ, on reconnut un peu d'induration où avait été la tumeur.

Observation 6°.—Madame M , 33 ans, stérile, avait toujours été bien réglée et d'une façon abondante. Le 2 mai 1862 les règles, dans leur retour, se présentèrent d'abord comme d'habitude, mais elles cessèrent le lendemain pendant que cette dame lavait du linge. Dans la soirée du même jour, elle se sentit malade et éprouva de vives douleurs dans le ventre, surtout du côté gauche, qui était enflé. Cette douleur alla en empirant

jusqu'au 27 mai, jour de son entrée à l'infirmerie Royale. Ce même jour, le ventre était tendu et sensible au toucher à la partie inférieure du côté gauche, mais rien d'anormal ne fut reconnu; les intestins étaient resserrés, mais pas de dysurie. A l'examen par le vagin, l'utérus a été trouvé dans sa position normale, mais rendu fixe par une grosseur fort dure remontant très-avant dans le pelvis, et située entre la matrice et le rectum, sur la gauche de la ligne médiane; des laxatifs furent ordonnés. Le 3 juin, la malade eut par le rectum deux évacuations sanguines: à la première, le sang était rouge; à la deuxième il était brunâtre; les deux ou trois jours qui suivirent, on remarqua de petites quantités de sang dans les évacuations. Le 7 juin, les règles parurent abondamment et elle souffrit beaucoup de douleurs utérines; l écoulement dura six jours: quand il eut cessé, toute souffrance disparut également. A l'examen par le vagin, on ne trouva plus que de l'épaississement et de l'induration des tissus à la place qu'avait occupée la tumeur; l'utérus avait repris sa mobilité.

Le Dr. West nous fait remarquer que la plupart des hématocèles utérines se rapportent à un dérangement quelconque dans les menstrues, et son opinion est confirmée par l'historique des cas qui précèdent. L'examen rapide de ce compte rendu démontre que cette maladie peut survenir subitement, qu'elle produit une vive angoisse et une douleur analogue aux crampes d estomac, une douleur pesante et de l'irritation dans la vessie, une grande sensibilité au siége de l'épanchement; le ventre devient généralement plus ou moins tendu par des gaz. D'autres symptômes, tels que des vomissements d'un caractère généralement bilieux et de la constipation, se manifestent souvent. Dans le cas 2 il y avait de la diarrhée.

Mais si ce n'est l'anémie et plus ou moins de surexcitation fiévreuse, on ne remarque en général aucun autre désordre dans l'économie.

Cette maladie peut être prise pour une hydropisie de l'ovaire, une tumeur fibreuse, un abcès ou induration pelvienne inflammatoire, une péritonite pelvienne, une grossesse utérine ou extra-utérine, enfin une rétroversion de l'utérus *gravide*. Je n'entrerai pas dans les détails sur les diagnostics de ces diverses maladies, la plupart d'entre eux se suggérant d'eux-mêmes aux hommes intelligents. J'observerai néanmoins que l'historique bien fait de cette maladie doit éclairer le praticien. Mais même alors il sera souvent impossible, sur-

tout si la tumeur est petite, de faire un diagnostic satisfaisant de l'abcès ou induration inflammatoire du pelvis, de la péritonite pelvienne ou de la grossesse extra-utérine ; heureusement le diagnostic de la maladie n'est pas très-important pour la pratique. Il est un autre point de doctrine symptomatique qui mérite notre attention : le Dr. West donne l'allongement de l'utérus comme une indication de grossesse extra-utérine, Cette opinion, selon nous, ne doit être acceptée que sous toute réserve.

Sans doute dans la grossesse extra-utérine, la cavité de l'utérus s'allonge, mais les cas ci-dessous n'ont-ils pas produit le même fait chaque fois que l'hématocèle était volumineuse, et la contraction de cet organe n'accompagnait-elle pas l'évacuation sanguine dans tous ces cas? Dans tous aussi le col de l'utérus, en co-existence avec son allongement, n'avait aucune des conditions ordinaires de son état pendant la grossesse. Dans tous, un examen soigneux a conduit à la conviction qu'il n'existait aucune forme de grossesse, et si quelques-uns de ces cas ont pu permettre le doute à cet égard, il n'était point possible dans les autres. Je ne ferai aucune remarque spéciale sur le traitement général des symptômes variés de cette triste maladie, et je me bornerai à un exposé concis du traitement chirurgical de la tumeur. Il y a à ce sujet une grande divergence d'opinions, les uns croyant devoir, dans tous les cas, s'abstenir d'opérer l'hématocèle ; d'autres, au contraire, conseillant, du moins dans quelques cas, l'incision ou la ponction, en vue de son évacuation. Dans le 6e cas, nous avons vu la tumeur s'évacuer spontanément par le rectum, et ce fait qui survient quelquefois dispense de toute intervention chirurgicale. D'autres fois, comme nous l'avons signalé dans le 2e cas, l'épanchement sanguin est rapidement absorbé, et le chirurgien est heureux de voir la malade dispensée d'une opération que son talent ne regrette plus dès que le succès en est inutile. Dans d'autres cas, comme le second de ceux ici rapportés, il se peut que le chirurgien, malgré l'utilité de l'opération, ne trouve aucun accès pour arriver sans danger à la tumeur : il se peut que celle-ci lui présente un aspect vaginal et abdominal qui entoure de périls l'instrument de l'opérateur, et alors il sera plus prudent de s'en tenir à un traitement expectant; l'aspect vaginal de la tumeur peut ou être trop élevé ou présenter trop peu de résistance au doigt de l'examinateur; et celui-ci peut craindre, d'un autre côté, d'après l'aspect abdominal des

tumeurs supposées extra-péritonéales, de perforer le péritoine si la tumeur n'est pas très-grosse.

Mais tout bien considéré, je suis certain que l'ouverture du sac est souvent, et dans beaucoup de cas, le seul moyen efficace. Dans quatre des cas rapportés plus haut, j'ai tout lieu de m'applaudir d'y avoir eu recours; car, dans chacun d'eux, ce moyen a procuré aux malades un soulagement partiel presque imméd at et s'augmentant graduellement.

Dans le premier de ces cas tout faisait craindre la rupture du sac et l'épanchement du sang sur toute l'étendue du péritoine, accident qui s'est souvent produit, et que l'incision du sac avait pour but d'éviter. Dans les 3e et 4e cas, à en juger d'après l'état du sang sirupeux remplissant les grosseurs recto-vaginales, il est presque certain que la tumeur se serait rompue spontanément dans le vagin ou dans le rectum : il est donc évident que l'opération abrégea les souffrances des malades, ménagea leur force et contribua à leur prompt rétablissement, en même temps qu'elle écartait tout danger de mort. Dans le 5e cas, la gravité des symptômes et la grande lenteur dans le progrés du mal me démontrèrent l'urgence d'user de tous les moyens qui pouvaient alléger les souffrances et chasser le mal; car, il faut bien dire, un cas comme celui-ci peut durer indéfiniment. Dans le cas de Londres, auquel j'ai déjà fait allusion, la maladie avait persisté pendant plus d'un an, sans qu'aucun signe indiquât que ces grosses tumeurs dussent aboutir d'elles mêmes.

Dans quelques cas l'incision est nécessaire. et le 5e cas en est une preuve évidente, car la tumeur grossissait toujours en même temps que l'écoulement continuait; non seulement elle augmentait en volume, mais des gaz pernicieux et fétides s'y développaient et en décomposaient le contenu. Dans cette maladie, comme dans l'abcès pelvien, l'ouverture du sac et l'écoulement constant n'ont pas infailliblement pour effet d'arrêter le développement de la tumeur ni de prévenir sa rupture sur un autre point. Un libre passage à l'écoulement peut certainement empêcher la tumeur de grossir, mais non le contenu du sac de s'infiltrer dans plus d'une nouvelle direction, ce qui m'a été démontré par nos observations cliniques. Le 1er cas nous offre un exemple de l'ouverture de la tumeur par la voie ordinaire (paracentèse abdominale). Dans ce cas et dans le deuxième, cette manière d'arriver au sac était plus aisée et plus directe que par le vagin Dans les cas rétro-utérins, la tumeur

fut ouverte par le vagin, seul moyen auquel l'opérateur doit avoir recours en pareille circonstance.

On pourra se servir d'un trocart ou d'un bistouri gardé, l'opérateur ayant soin de n'inciser que sur la ligne médiane et d'éviter d'atteindre un vaisseau dont il pourra sentir les pulsations. Il a été conseillé, dans les cas de cette nature, d'introduire le doigt par l'ouverture artificielle, afin de briser les caillots et les cloisons qui pourraient exister; mais un tel procédé est impraticable et ne doit pas être conseillé. Dans les cas non rétro-utérins, l'opération par le vagin étant décidée, le chirurgien devra choisir pour l'incision ou la ponction la partie la plus proéminente, en ayant toujours soin d'éviter les vaisseaux dont il sentira les battements ainsi que de léser la vessie ou le rectum.

L'absorption rapide du sang épanché, comme on l'a vu dans le cas 2, est indubitablement la terminaison la plus désirable de l'hématocèle. Mais elle n'arrive pas souvent lorsque l'épanchement est considérable, et je ne puis assigner aucune raison pour expliquer les différences qui existent, sur ce point, dans l'historique de l'hématocèle; probablement que la différence dépend beaucoup de l'état du sang extravasé; s'il se dissout et devient sirupeux, il se mélangera toujours avec du pus, et en ce cas il s'écoulera et ne s'absorbera point. Si, au contraire, il demeure à l'état de caillots, l'absorption sera possible. Dans le second cas je trouve pour cette persistance de l'état coagulé du sang, une raison probable dans l'absence complète de mobilité tandis que la tumeur diminuait graduellement. L'état sirupeux du sang dépend probablement beaucoup de la présence d'inflammation dans le sac et d'une sécrétion de pus.

La nécessité d'une évacuation spontanée ou artificielle n'est pas toujours démontrée par la grosseur de la tumeur, ainsi que nous le voyons dans l'historique du second cas; néanmoins l'absorption dans les grandes hématocèles est moins probable que dans les petites hématocèles. Si ces remarques sont bien fondées, nous n'aurons pas à décider si l'évacuation du sac devra ou non se faire lorsque la mobilité sera reconnue sur un point quelconque ou lorsque la dissolution partielle du sang extravasé aura eu lieu.

Ces faits se produiront certainement, et le chirurgien peut seul décider s'il devra laisser agir la nature ou agir lui-même, afin de hâter ou diriger la marche de la maladie.